



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

PREVALÊNCIA DE LESÕES EM JUDOCAS DO DISTRITO FEDERAL

CARLOS GUSTAVO BARBOSA DE SOUSA

BRASÍLIA
2014

CARLOS GUSTAVO BARBOSA DE SOUSA

PREVALÊNCIA DE LESÕES EM JUDOCAS DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à
Universidade de Brasília –
Faculdade de Ceilândia como
requisito parcial para obtenção
de grau de bacharel em
Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Osmair
Gomes Macedo

Co-orientador: Prof. Dr. José
Airton Jorge Alves

Distrito Federal

2014

CARLOS GUSTAVO BARBOSA DE SOUSA

PREVALÊNCIA DE LESÕES EM JUDOCAS DO
DISTRITO FEDERAL

Brasília, ___/___/___

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Wagner Rodrigues Martins- Universidade de Brasília-UnB

Prof. Ms. Wesley Craveiro Albuquerque

Prof. Ms. Sergio Ricardo Thomaz- Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória:

Esse trabalho é dedicado a minha Mãe, Salvia Barbosa, meu pai, Carlos Alberto, minha irmã, Gabriela Barbosa por todo apoio moral e incentivo concedido, pela paciência e assistência que me proporcionaram. Para minha namorada, Lorena Moreira, pelo companheirismo e carinho prestado. Aos meus amigos Hildeu, Rafael, Lucas e Mayara, por sempre estarem ao meu lado de forma afetuosa. Esse trabalho também é dedicado ao Professor de judô Carlos Oliveira, por tornar-me um judoca dedicado e persistente; e aos companheiros que fiz durante esse caminho em busca da suavidade. Sou grato a todos vocês.

EPIGRAFE

“Aos braços do passado dedico as minhas vitórias.
Fiz o melhor que pude.
De coração aberto sigo o caminho do meio.
Amor e atitude.

Fracassos do passado mudaram minha trajetória.
Busquei a plenitude.
O esforço foi sincero me orgulho da nossa história
Se quiser tá elevado se acostume com a altitude” Oriente

Resumo:

Introdução: O judô é uma arte marcial japonesa que tem sua fundamentação em quatro tipos de técnicas. Lesão desportiva é qualquer intercorrência sofrida pelo atleta durante competição ou treinamento que leve ao afastamento de até um dia. Os praticantes de judô estão mais susceptíveis a lesões tendo em vista que esse é caracterizado como um esporte de contato. **Objetivo:** investigar a prevalência lesões em atletas de judô, e se houve diagnóstico das lesões, o segmento corpóreo acometido, ocorrência foi durante treinamento ou competição, o tempo de afastamento da prática desportiva, se houveram sintomas após o retorno a mesma, se no momento da lesão esse estava na posição de *Tori* ou *Uke*, e se o adversário era de peso superior ou inferior ao mesmo. **Métodos:** Esse trabalho é estudo transversal, com amostra composta por judocas de academias filiadas a Federação Metropolitana de Judô, graduados nas faixas verde, roxa, marrom ou preta, atuantes na prática do judô e com faixa etária entre 15 e 25 anos. Um questionário composto por 14 perguntas foi aplicado para investigar a prevalência de lesões e caracterização da amostra. **Resultados:** Vinte e sete atletas sofreram alguma lesão e cinco não. A maior distribuição de lesão em determinada região anatômica por participantes foi no ombro (11) e joelho (10). De 91 lesões, 50 ocorreram em treinamento e 34 em competição. Com prevalência maior de luxações (25,27%) e lesões musculares (13,18%). Como tratamento o repouso foi o que mais apareceu (35,63%) dos casos. 50,55% não relataram sintomas ao retornar ao esporte. O maior numero de lesões ocorreu com o atleta na posição de *uke* com o adversário sendo de categoria maior de peso. **Conclusão:** As lesões acometem os atletas com mais frequência durante o treinamento, sendo o

ombro o local mais lesionado, e as luxações os diagnósticos mais presentes, com o tempo de afastamento médio de 44,17 dias, e como tratamento mais utilizado aparece o repouso, sendo que 45,05% das lesões apresentaram sintomas ao retorno do esporte. A maior parte das lesões se deu no momento em que o atleta encontrava-se na posição de *uke* e quando o adversário de uma categoria de peso superior a do atleta.

Palavras Chaves: Artes Marciais, Lesões, Judô.

Abstract:

Introduction: Judo is a Japanese martial art that has its basis in four types of techniques. Sports injury is any complications suffered by the athlete during competition or training that leads to the removal of up to one day. Practitioners of judo are more susceptible to injury considering that this is characterized as a contact sport. Objective: To investigate the prevalence of injuries in judo, and if there was injury diagnosis, the body part affected, occurrence was during training or competition, the time of departure from the sport, if there were symptoms after returning if lesion time was at the Tori or Uke position, and if the opponent was higher, lower or the same weight category. Methods: This study is cross-sectional study with a sample of judo athletes affiliated to FEMEJU academies, graduates in green, purple, brown or black belt. active in the practice of judo and aged between 15 and 25 years. A questionnaire consisting of 14 questions was applied to investigate the prevalence of injuries and sample characterization. Results: Twenty-seven athletes suffered some injury and five did not. The largest distribution of lesions in specific anatomical region by participants was the shoulder (11) and knee (10). 91 injuries, 50 occurred in training and competition in 34. With the prevalence of higher prevalence of strains (25.27%) and muscle damage (13.18%). Treatment as the rest was the most frequent type (35.63%) cases. 50.55% reported no symptoms to return to sport. The greatest number of injuries occurred with the athlete on the uke position with the opponent being higher weight category. Conclusion: The lesions affecting athletes more frequently during training, the shoulder being the most injured site, and diagnoses more dislocations present, with the average time loss of 44.17 days. and more used as a repouse treatment, and that

45.05% of the lesions showed symptoms return to the sport. Most injuries occurred when the athlete was in the uke position and when your opponent a weight class higher than the athlete.

Key words: Martial Arts, Injury, Judo

SUMÁRIO

1- LISTA DE ABREVIATURAS	07
2- LISTA DE TABELAS E FIGURAS	08
3- INTRODUÇÃO	12
4- OBJETIVOS	14
5- METODOLOGIA	15
6- RESULTADOS	16
7- DISCUSSÃO	20
8- AGRADECIMENTOS	25
9- CONCLUSÃO	26
10-REFERENCIAS	27
11- GRÁFICOS	30
GRÁFICO 1	30
GRÁFICO 2	30
GRÁFICO 3	30
GRÁFICO 4	30
GRÁFICO 5	31
GRÁFICO 6	31
GRÁFICO 7	31

GRÁFICO 8	32
GRÁFICO 9	32
GRÁFICO 10	32
GRÁFICO 11	33
GRÁFICO 12	33
GRÁFICO 13	33
12- TABELAS	34
TABELA 1	34
TABELA 2	34
TABELA 3	34
TABELA 4	34
13- ANEXOS	35
ANEXO A NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA	35
ANEXO B PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	39
14- APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DE PREVALÊNCIA DE LESÃO	42

LISTA DE ABREVIATURAS

FEMEJU - Federação Metropolitana de Judô

UNB – Universidade de Brasília

FCE – Faculdade de Ceilândia

NAIRS – National Athletic Injury Resgistration System

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Tabela 2 - Variáveis segundo competidores

Tabela 3 - Tempo de afastamento da prática esportiva

Tabela 4 - Realização dos diagnósticos

INTRODUÇÃO

O judô é uma arte marcial japonesa criada em 1882 por Jigoro Kano, sendo essa baseada em um grande número de técnicas e práticas filosóficas que auxiliam na formação do indivíduo (Koshida, 2010; Barsottini, 2006).

Atualmente, o judô é a arte marcial de origem asiática mais popular no mundo e uma das mais praticadas (Pocecco, 2013; Shepard, 2013). Em uma luta, essa arte marcial tem sua fundamentação em quatro tipos de técnicas: técnicas de arremesso (*Nague-waza*); técnicas de imobilização (*Ossaekomi-waza*); estrangulamentos (*Shime-waza*) e chaves de braço (*Kansetsu-waza*) (Kamitani, 2013; Koshida, 2010).

As lesões musculoesqueléticas são patologias que implicam na funcionalidade dos músculos, tendões, articulações, ligamentos, nervos, discos vertebrais, cartilagens e vasos sanguíneos, as quais podem ser ocasionadas pela prática desportiva e ter origem traumática ou por sobrecarga do sistema musculoesquelético (Pinho, 2013).

Lesão desportiva é qualquer intercorrência sofrida por um atleta durante o treinamento ou competição que o leve ao afastamento de pelo menos um dia da prática esportiva ou de um jogo (Carvalho, 2010). Tais lesões podem ocorrer com frequência e implicam tanto na vida do atleta como na do treinador por ocasionarem a interrupção do plano de treinamento ou implicar no desempenho físico e psicológico do atleta (Santos, 2001).

A *National Athletic Injury Registration System* (NAIRS) classifica a gravidade da lesão de acordo com o tempo de afastamento que essa gerou da prática

esportiva, sendo pequena quando o afastamento ocorre entre um a sete dias, moderada quando o afastamento ocorre entre oito a 21 dias e séria quando o afastamento é superior a 21 dias (Vital, 2007).

De forma direta, as lesões desportivas influenciam no afastamento das práticas de atividades físicas (Conte, 2002). Nos desportos de contato, o risco de ser acometido por uma lesão desportiva é mais elevado, levando em conta os mecanismos traumáticos específicos de cada esporte. Os praticantes de judô estão mais susceptíveis a incidência de lesões tendo em vista que esse é caracterizado como um esporte de contato (Santos, 2001).

OBJETIVOS

Esse estudo tem como objetivo verificar a prevalência de lesões em atletas de judô se houve diagnóstico das lesões, quais os segmentos do corpo acometidos, se a mesma ocorreu durante treinamento ou competição, qual o tempo de afastamento da prática desportiva, se houveram sintomas após o retorno a mesma, se no momento da lesão o judoca estava na posição de *Tori* (quem aplica a técnica) ou *Uke* (em quem a técnica é aplicada), e se o adversário era de categoria de peso superior, inferior ou igual ao mesmo. Tem ainda o objetivo secundário de analisar e verificar a forma de tratamento utilizada pelos atletas e se os mesmos realizam alguma atividade para prevenção de lesões.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por judocas de academias filiadas à Federação Metropolitana de Judô (FEMEJU) visitadas por conveniência.

Os critérios de inclusão foram ser graduado na faixa verde, roxa, marrom ou preta, estar atuante na prática desportiva do judô, apresentar-se na faixa etária entre 15 e 25 anos e concordarem com o termo de consentimento e a participação na pesquisa. Entre os critérios de exclusão estavam a presença de alterações musculoesqueléticas, a prática de outra atividade física que não o judô mais de quatro vezes semanais, os que tiverem carga de treinamento semanal de judô inferior a dois dias ou duas horas e os que não eram atletas de academias representantes da FEMEJU.

Para investigação da prevalência de lesões e caracterização da amostra foi utilizado um questionário desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) - Faculdade de Ceilândia (FCE). O questionário era composto por 14 perguntas divididas ou não em subitens sendo que dessas, nove eram de caracterização do atleta e do seu treinamento e cinco eram de investigação das lesões, forma de tratamento e repercussões na prática desportiva. Das 14 perguntas três eram abertas, cinco fechadas, e seis mistas.

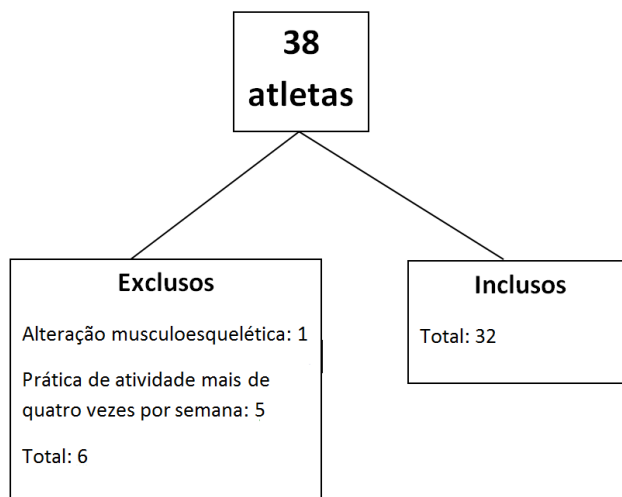
Durante o período de uma semana foram visitadas sete academias de judô, onde os avaliadores convidaram os atletas para participar da pesquisa. Cada atleta respondeu seu questionário individualmente e ao final do preenchimento, entregou para o pesquisador para evitar a contaminação dos dados.

Para a apresentação dos dados foi realizada a estatística descritiva com frequência, porcentagem, média e desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 38 judocas, desses seis foram excluídos, um por apresentar alteração musculoesquelética e cinco por praticarem atividades físicas que não o judô mais de quatro vezes semanais (figura 1). Amostra total foi composta de 32 atletas (25 do sexo masculino e sete do sexo feminino) (gráfico 1), com idade média de $17,94 \pm 2,78$ anos, variando de 15 a 24 anos. O peso médio dos atletas foi de $70,80 \pm 15,10$ kg, variando de 44 a 115 kg. Altura média dos atletas foi de $171,77 \pm 7,11$ cm variando de 154 a 187 cm. O tempo médio de prática foi de $105,56 \pm 47,76$ meses, variando entre 30 a 192 meses. A frequência semanal de prática do judô era $4,56 \pm 1,14$ dias, variando de dois a sete dias. O número de horas de treinamento por dia com a média de $2,12 \pm 0,32$ horas, variando de 1,5 a cinco horas (tabela 1).

Figura 1 – Critérios de inclusão e exclusão



Vinte e cinco atletas (78,12%) apresentavam dominância direita, quatro (12,5%) eram ambidestros e três (9,38%) de dominância esquerda. Vinte e nove (90,62%) se declararam competidores e três (9,38%) não competidores (gráfico 2). Metade dos atletas (16) atletas relataram pertencer à categoria

amadora e a outra metade (16) a categoria profissional. Os competidores participavam em média de 11,52 +- 3,66 competições por ano, variando de sete a 18 competições. Com a média de 4,66 +- 1,71 lutas por competição variando de três a 10 lutas (tabela 2).

Quanto à graduação, seis (18,75%) possuíam a faixa preta, 13 (40,62%) faixa marrom, sete (21,88%) faixa roxa e seis (18,75%) a faixa verde (gráfico 3). Apenas sete (21,88%) atletas referiram praticar outro esporte além do judô. Entre os outros esportes praticados estavam musculação com três praticantes, jiu-jitsu com dois, boxe com um e ginástica olímpica com um. A frequência semanal dos esportes por praticantes era: uma vez na semana (dois), duas vezes na semana (dois) e três vezes na semana (três).

Estavam presentes como preparador do treino realizado pelos atletas um professor faixa preta em 23 (54,77%) dos casos, um professor de educação física em 11 (26,19%), o próprio atleta em seis (18,75%), um atleta não faixa preta em um (2,38%) e um fisioterapeuta em um (2,38%) (gráfico 4). Dentre essas circunstâncias o treinador estava presente durante todo o treinamento em 26 (81,26%) das situações, parte do treinamento em três (9,37%) e não acompanhava em três (9,375%) (gráfico 5).

Realizavam acompanhamento com profissionais da área da saúde nove atletas (28,12%). Desses, cinco consultavam-se com nutricionistas, três com médicos, e um com fisioterapeuta. A frequência média de acompanhamento era de 8,57 +-6,90 vezes ao ano, variando de dois a 24 de vezes.

Trinta atletas (93,75%) realizam aquecimento e dois (6,25%) não. No aquecimento estavam presentes entradas de golpes em 25 (30,86%) das

ocasiões, alongamentos em 21 (25,92%), corridas em 20 (24,70%) e exercícios articulares em 15 (18,52%) (gráfico 6).

Dez atletas (31,25%) realizavam atividades preventivas, 21 (65,62%) não e um atleta não respondeu a pergunta. Dentre as atividades preventivas sete (63,64%) citaram alongamento, um (9,09%) o aquecimento, um (0,09%) musculação, um (0,09%) fortalecimento muscular e um (0,09%) não respondeu. (gráfico 7).

Vinte e sete atletas (84,37%) relataram ter sofrido alguma lesão com afastamento maior ou igual a sete dias e cinco (15,63%) não. A distribuição de participantes que apresentou lesão em determinada região anatômica foi ombro (11), joelho (10), mãos e dedos (oito), cotovelo (seis), pé (seis), tornozelo (cinco), lombar (cinco), tórax (quatro), punho (quatro), perna (quatro), antebraço (três), pescoço (um), braço (um), e coxa (um) (gráfico 8).

No total foram relatadas 91 lesões, 50 (54,94%) de ocorrência em treinamento, 34 (37,37%) em competição e sete (7,69%) participantes não relataram o local onde essa aconteceu. O tempo médio de afastamento dos atletas foi de 44,17 +- 63,35 dias variando de sete a 365 dias. Devido à lesão 50 (54,94%) atletas deixaram de participar de alguma competição, 40 (43,86%) não e um (1,1%) não respondeu a pergunta (tabela 3).

No diagnóstico das lesões houve a prevalência de 23 (25,27%) luxações, 12 (13,18%) lesões musculares, 11 (12,9%) entorses, 11 (12,9%) fraturas, nove (9,9%) contusões, duas (2,2%) tendinites, duas (2,2%) lombalgias, oito (8,79%) pessoas relataram outros diagnósticos, em 10 (10,98%) ocorrências não houve diagnóstico e três (3,3%) não relataram (gráfico 9). Nos casos onde houve

diagnóstico 66 deles foram realizados por médico, dois pelo professor (*sensei*), e um por graduando em fisioterapia, 12 pessoas não relataram quem realizou o diagnóstico (tabela 4).

Como opção de tratamento das lesões estava presente o repouso em 67 (35,63%) dos casos, a medicação em 53 (28,19%), a imobilização 42 (24,46%), a fisioterapia em 15 (7,97%), e cirurgia em três (1,59%). Outros métodos de tratamento totalizaram três (1,59%) e um atleta (0,53%) não respondeu a pergunta (gráfico 10). 41 (45,05%) lesões fizeram com que os atletas relatassem sintomas ao retornar a prática esportiva, 46 (50,55%) não relataram sintomas e quatro (4,4%) não responderam a questão.

Vinte nove lesões (31,87%) ocorreram com o atleta na posição de *tori*, 40 (43,96%) na posição de *uke*, 13 (14,28%) no momento do aquecimento e nove (9,9%) não foram registradas (gráfico 11). Os atletas atribuíram oito (8,8%) das lesões a um *ukemi*, 12 (13,18%) a um *ukemi* imperfeito, 27 (29,67%) a uma projeção, 21 (23,07%) a uma projeção imperfeita, um (1,09%) a uma imobilização e sete (7,7%) a uma chave articular. Dez (10,99%) não relataram e cinco (5,5%) não responderam a questão, pois não havia adversário uma vez que a lesão ocorreu durante o aquecimento (gráfico 12).

Durante a lesão a categoria de peso do atleta adversário era superior em 21 (23,07%) das ocorrências, igual em 42 (46,15%) e inferior em três (5,49%). Quatro (4,39%) atletas não recordaram, 13 (14,28%) não relataram e seis (6,59%) não responderam a questão por não haver adversário no momento do acometimento (gráfico 13).

DISCUSSÃO

O judô assim como os demais esportes de contato apresenta um grande índice de lesão entre os praticantes, nesse estudo 84,37% relataram ter sofrido alguma lesão. Prado 2013 em um trabalho que buscava investigar a ocorrência de lesões em alunos de um curso de educação física ocorridas durante disciplinas de esportes de contato de predomínio prático, observou que o judô foi o segundo esporte com maior número de lesões (11) perdendo apenas para o futebol (12). Esses dados são confirmados por Kunjala et. al. 1995 onde esse apresentou as maiores taxas de lesões no *karate* (142) seguido do judô (117).

Quando questionados sobre a realização de atividades para a prevenção de lesão apenas 31,25% dos atletas relatou realizar alguma. Desses 63,64% relatou realizar alongamentos como atividade preventiva. Almeida et. al. 2009 em sua revisão sobre o alongamento performance e prevenção de lesão, observou que a grande maioria dos autores em suas pesquisas não sustenta a ideia de alongamento como uma forma preventiva de lesões.

O alto número de lesões pode ser explicado pelo grande número de competidores, e seus esforços para alcançar melhores resultados. Carazzato, et. al. 1996 observou que o número de lesões está relacionado com o nível competitivo do atleta, uma vez que os atletas que tiveram maior incidência de lesão foram os de nível internacional, nacional e os de nível estadual respectivamente.

Observou-se um elevado número de participantes que referiram ter sofrido algum tipo de lesão nos ombros, joelhos, mãos e dedos e cotovelo. Carvalho

et. al. 2009 em seus achados verificou que região anatômica mais acometida por lesões em atletas de judô de alto rendimento foram os ombros com prevalência de 28,9%, seguida dos tornozelos 23,7% e dos joelhos 22,7%. Os dados assemelham-se aos que Oliveira e Pereira 2008 obtiveram em seu estudo com atletas de judô do Rio de Janeiro uma maior frequência de lesões nas regiões dos ombros totalizando 36%, joelhos 32% e mãos 32%.

Constatou-se um maior numero de lesões em treinamento (54,94%). Esses dados também foram visto no trabalho de Barsotinni et. al. 2006 em que 71% das lesões ocorreram em treinamento, tais achados são justificados pela diferença de carga horaria que os atletas estão em treinamento e competição.

Foi observado que o tempo médio de afastamento dos atletas devido às lesões era de 44,17 dias. Araújo et. al. 2009 teve em seu estudo com incidência de lesões de joelho em atletas de judô que 50% dos atletas tiveram o afastamento de duas a oito semanas. O afastamento do atleta torna-se prejudicial por gerar prejuízo aos clubes, ao plano de treinamento além de gerar prejuízos físicos e psíquicos para o atleta (SANTOS, 2001). O afastamento também pode fazer com que o atleta venha a perder competições afetando suas pontuações e posicionamentos nos *rankings*.

Houve uma maior prevalência de luxações, seguidas de lesões musculares, entorses e fraturas. Os dados diferem dos de Oliveira e Pereira 2008 que tiveram como resultado um maior numero de contusões (26,32%), seguido de entorses (17,54%), lesões musculares (17,54%) e fraturas (8,7%). Carvalho et. al. 2009 obteve em seu estudo uma prevalência elevada de contusões (25), entorses (23), luxações (21) e distensões (12). Porem, quando as luxações

foram analisadas individualmente obteve-se o maior numero de lesões por um determinado local anatômico, com 15 casos de luxações de ombro.

Quando as lesões apresentaram diagnóstico esse foi realizado maioritariamente por profissionais médicos (66). Carpeggiani 2004 analisou em seu estudo em lesões de jiu-jitsu que 62,93% das lesões coletadas haviam sido diagnosticadas por profissionais médicos. Salanne et. al. 2009 constataram que no momento da lesão apenas 7% dos participantes de judô infantil tiveram acesso a um medico.

O tipo de tratamento mais utilizado pelos atletas era o repouso estando presente em 35,63% dos casos, a medicação em 28,19%, a imobilização 24,46% a fisioterapia em 7,97% e cirurgia em 1,59%. Os dados assemelham-se com os de Oliveira et. al. 2009 onde observaram que entre os tratamentos utilizados o anti-inflamatório estava presente em 71,43% dos casos, o repouso em 62,86%, imobilização em 60%, crioterapia em 51,4%, fisioterapia em 40% e procedimentos cirúrgicos em 14,3%. Foi possível observar nesse estudo que 45,05% das lesões apresentaram sintomas ao retorno do esporte, Araújo et. al. 2009 constatou que apenas 25% dos atletas cumprem o período de reabilitação, alegando que essa negligencia por parte dos atletas pode ser um fator que predispõem as lesões recidivas.

O maior numero de lesões se deu com o atleta na posição de *uke* (43,96%), e a maior atribuição das lesões se deu a um *ukemi* imperfeito (29,67%). Os *ukemis* constituem a base do judô e é fundamental para todo atleta saber cair de forma a prevenir as lesões mais ou menos serias. Os *ukemis* são quedas realizadas com o braço e palma da mão totalmente estendidas com intuito de

aumentar a superfície de contato e retransmitir as vibrações produzidas pelo choque ao solo. (SANTOS, 2003). Santos et. al. 2001 observaram em seu estudo que 42,9% dos atletas atribuíram as causas de suas lesões a *ukemis* realizados de forma errada sendo compatível com os achados deste estudo.

Foi encontrado um maior numero de lesões quando o adversário era de categoria de peso igual (46,15%) das ocorrências. Os achados de Barsotinni et.al. 2006 contrastam tais evidencias com 42% das lesões acontecendo quando o adversário era de peso superior, 31% quando de mesmo peso e 21% quando o peso era inferior.

CONCLUSÃO

É possível observar através desse trabalho que a grande maioria dos atletas de judô já se lesionaram pelo menos uma vez, sendo que dentre as lesões o diagnóstico mais presente foi o de luxações, com o ombro sendo o seguimento corpóreo mais acometido. A grande maioria das lesões se deu durante o treinamento, levando os atletas ao afastamento médio de 44,17 dias da prática esportiva, metade dos atletas não apresentou sintomas decorrentes da lesão ao retornarem a prática esportiva. A posição em que houve maior número de lesões foi a de *uke*, sendo o adversário de categoria de peso igual. O tratamento mais presente entre os atletas foi o repouso, seguido da medicação. A grande maioria dos atletas de judô não realizam atividades preventivas de lesão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Dr. Osmair Gomes Macedo por ter me orientado no presente trabalho e as colegas Amanda Moraes, Thais Gonçalves e Tayene Rodrigues por assistirem-me na aplicação dos questionários. A Gabriela Barbosa, Salvia Barbosa e Lorena Moreira por ajudarem-me nas correções ortográficas.

REFERÊNCIAS

- 1- KOSHIDA S; DEGUCHI T; MIYASHITA K; IWAI K; URABE Y. The common mechanisms of anterior cruciate ligament injuries in judo: a retrospective analysis. Br J sports Med 2014
- 2- BARSOTTINI D; GUIMARÃES AE. MORAIS PR. Relação entre técnicas e lesões em praticantes de judô. Rev Bras Med Esporte Vol. 12 Nº 01 Jan/Fev 2006
- 3- POCECCO E; RUELDL G; STANKOVIC N; STERKOWICZ S; VECCHIO FBD; GÁRCIA CG; ROUSSEAU R; WOLF ; KOPP M; MIARKA B; MENZ V; KRÜSMANN P; CALMET M; MALLIAROPOULOS N; BURTCHER M. Injuries in judo: a systematic literature review including suggestion for prevention. Br J sports Med 2013
- 4- SHEPARD NP; WESTRICK RB; OWENS BD; JOHNSON MR. Bony injury avulsion of the pectoralis major in a 19 years-old male judo athlete: case report. The international journal of sport physical therapy.volume 8, number 6; december 2013
- 5- Kamitani T; Nimura Y; Nagahiro S; Miyazaki S; Tomatsu T. Catastrophic head and neck injury in judo players in Japan from 2003 to 2010. The American Journal of Sports medicine Vol.41 No.08; 2013
- 6- PINHO MC; VAZ MP; AREZES PM; CAMPOS JR; MAGALHÃES AB. Lesões musculoesqueléticas relacionadas a atividades desportivas em crianças e adolescentes: Uma revisão de questões emergentes. Motri. Vol.09 No1 Vila Real Jan 2013.

- 7- CARVALHO AR. Utilização do treinamento neuromuscular e proprioceptivo para prevenção de lesões desportivas. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, vol. 14, n. 3, p. 269-276, set./dez. 2010.
- 8- SANTOS SG; DUARTE MFS; GALLI ML. Estudo de algumas variáveis físicas como fatores de influencia nas lesões em judocas. Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano. Volume 3 - número 1- pg 42 -54 -2001.
- 9- VITAL R; SILVA HGPV; SOUSA RPA; NASCIMENTO RB; ROCHA EA; MIRANDA HF; KNACKFUSS MI; FILHO JF. Lesões traumático-ortopédicas em atletas paraolímpicos. Ver BrasMed Esporte – Vol.13 Nº3 - Mai/Jun 2007
- 10-CONTE M; JUNIOR EM; CHALITA LVA; GONÇALVES A. Exploração de fatores de risco de lesão desportiva entre universitários de educação física: estudo a partir de estudantes de Sorocaba/SP. Ver. Bars. Med. Esporte – Vol. 8 Nº4, Jul/Ago -2002.
- 11- PRADO RO; FERNANDES LZ; Lesões em esportes de contato no curso de educação física da universidade de Santa Catarina. 2013
- 12-KUJALA UM; TAIMELA ST; ANTTI-POIKA I; ORAVA S; TUOMINEN R; MYLLYNEN P. acute injuries in soccer, ice hockey, volleyball, basketball, judo and karate: analysis of a national registry data. BMJ 311 december 1995. 1465-8
- 13- ALMEIDA PHF; BARANDALIZE D; RIBAS DIR; GALLON D; MACEDO ABD; GOMES ARS. Alongamento muscular: Suas implicações na

- performance e na prevenção de lesões. Fisioter. Mov. Curitiba v.22 n.33, p.335-343 jul./set. 2009
- 14-CARAZZATO JG; CABRITA H. CASTOPRIL W. Repercussão no aparelho locomotor da prática do judô de alto nível. Revis. Bras. Ortop. Vol. 31- Nº 12, dezembro- 1996
- 15-CARVALHO PA; HANNA SJ; OHIRA MM; KOCH H; REVITE LR; PINTO RX; CARDOSO D; NETO RC. Prevalência de lesões no judô de alto rendimento. Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício. Volume 8 Numero 1- Janeiro/Maço 2009
- 16-OLIVEIRA TS; PEREIRA JS. Frequência de lesões osteomioarticulares em praticantes de judô. Fit. Perf. J. 2008 nov-dez;7(6):375-9
- 17- ARAÚJO RA; ANDRADE LRQ; PRADA FJA. A incidência de lesões em joelho em atletas de judô. Revista Digital – Buenos Aires Año 14 – Nº 134 – Julio de 2009
- 18- CARPEGIANNI JC; MORE´ ADO; DORNELLES MF. Lesões no jiu-jitsu estudo em 78 atletas. Florianopolis Universidade federal de Santa Catarina 2004
- 19-SALANNE S; ZELMAT B; REKHROUKH H; CLAUDET I. Traumatismes Secondaires à la pratique du judô chez l'enfant. Archives de pediatrie. 2009
- 20- OLIVEIRA TS; MONNERAT E; PEREIRA JS. Lesões no judô: repercussão na prática esportiva. ACTA FISATR. 2009; 17(1):34-36

- 21- SANTOS SG; MELO SIL; Os “ukemis” e o judoca: Significado, importância, gosto e desconforto. Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano. Volume 5 - Numero 2 - p.33 – 43 – 2003

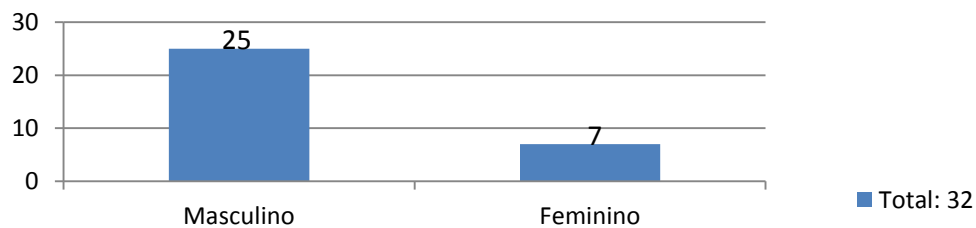
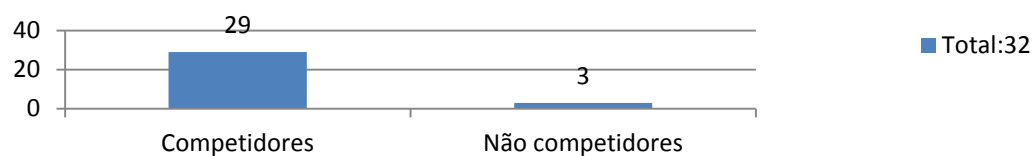
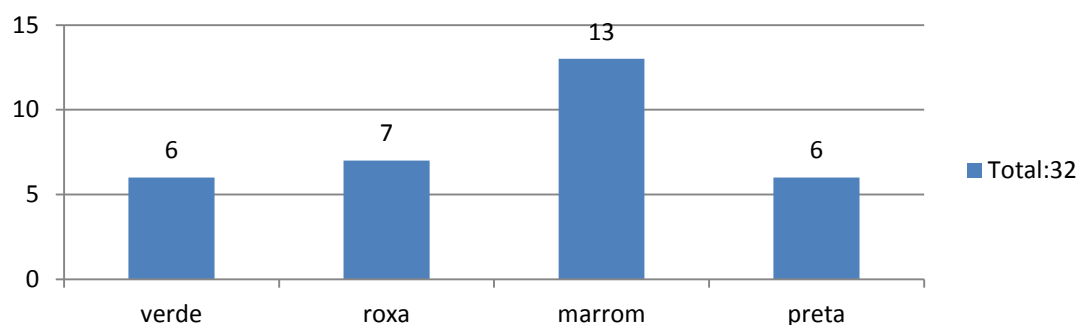
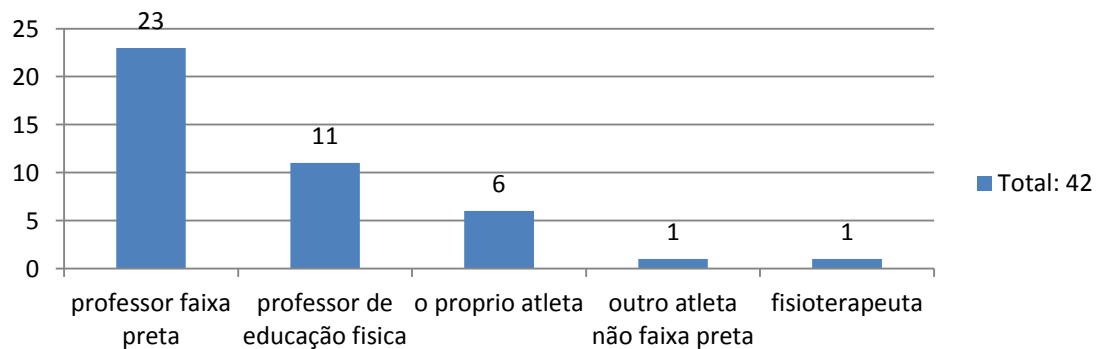
Gráfico 1 - Distribuição de atetas por sexo**Gráfico 2 - Distribuição de atletas competidores e não competidores****Gráfico 3 - Distribuição de Atletas por graduação****Gráfico 4 - Preparação do treinamento**

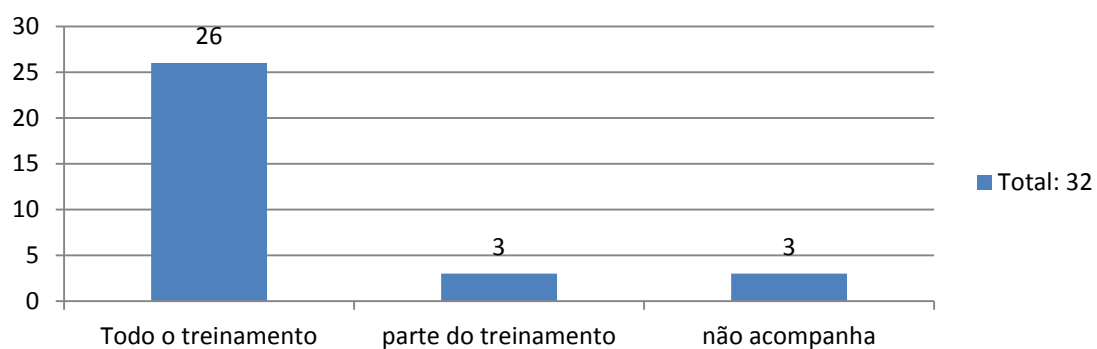
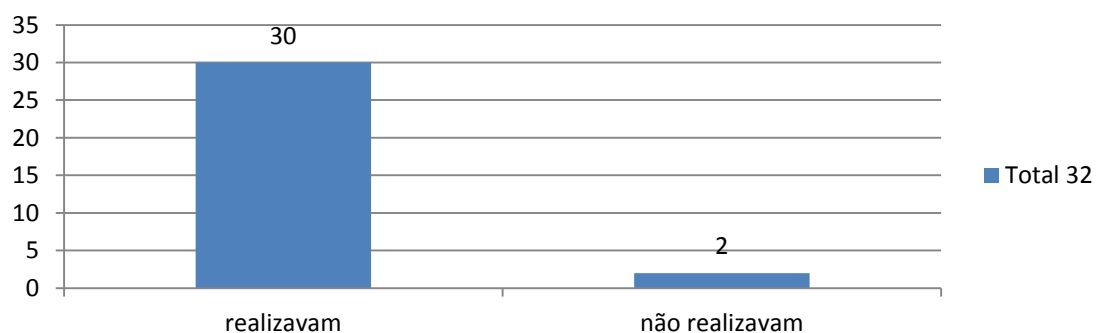
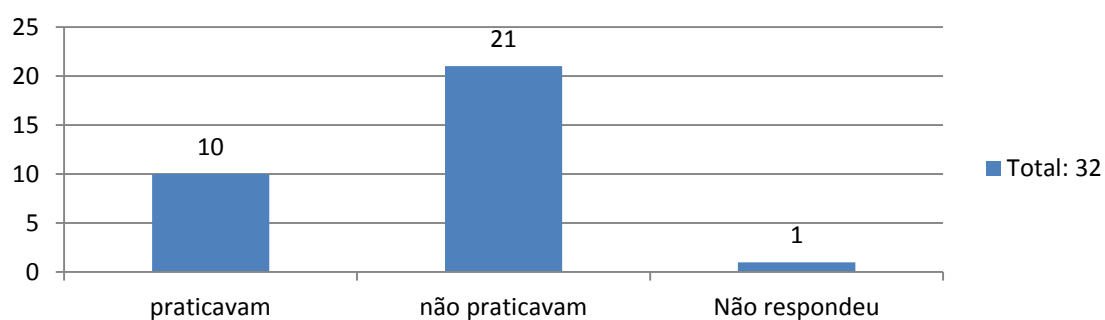
Gráfico 5 - Presença do treinador durante o treinamento**Gráfico 6 - Realização de aquecimento antes dos treinamentos e competições****Gráfico 7 - Realização de atividades preventivas de lesão**

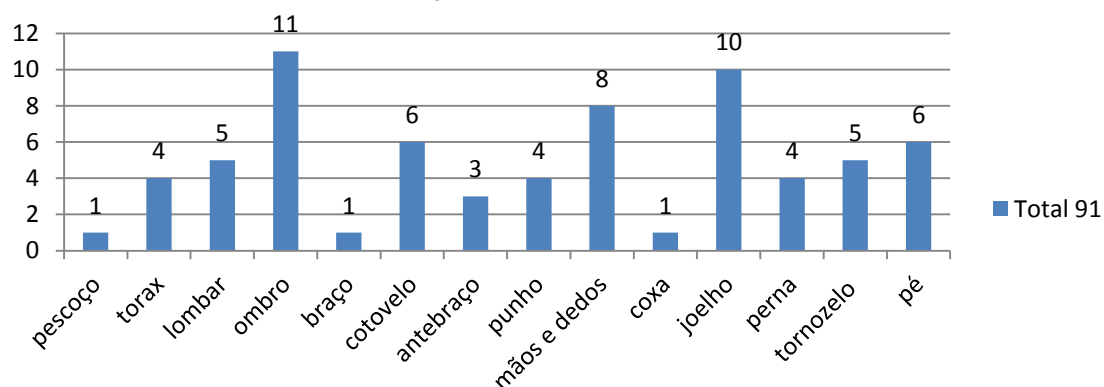
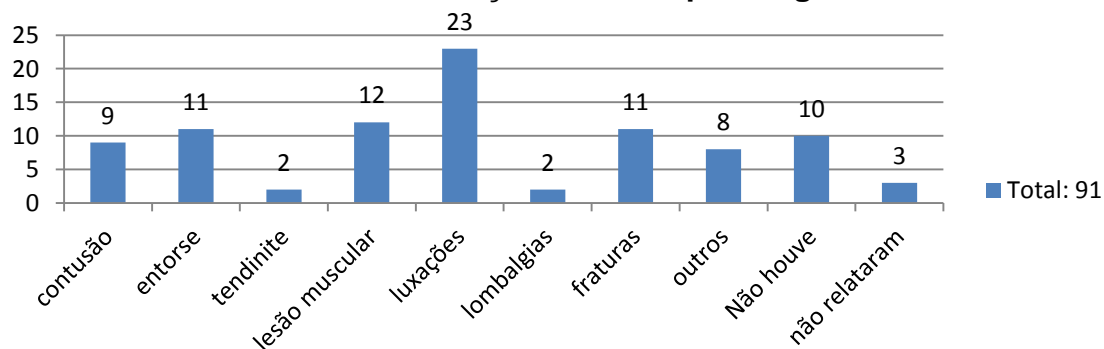
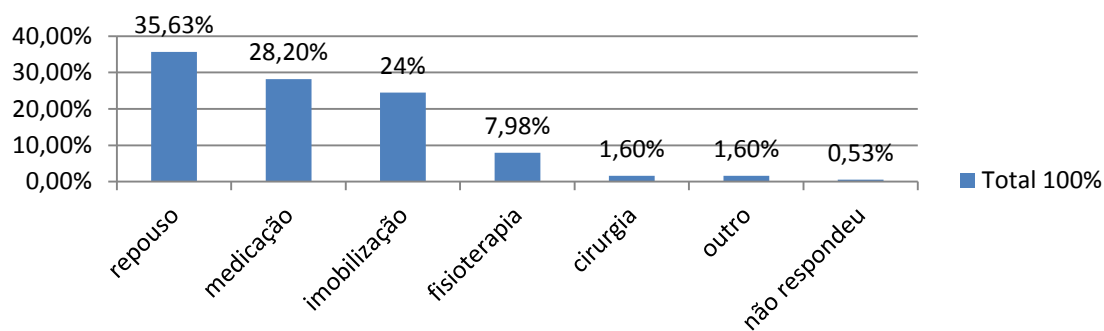
Gráfico 8 - Distribuição das lesões por região anatômica**Gráfico -9 Distribuição de lesão por diagnóstico****Gráfico 10 - índice de tratamentos utilizados**

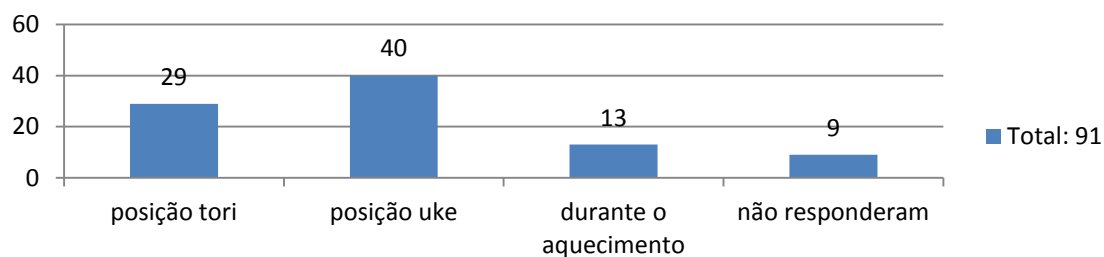
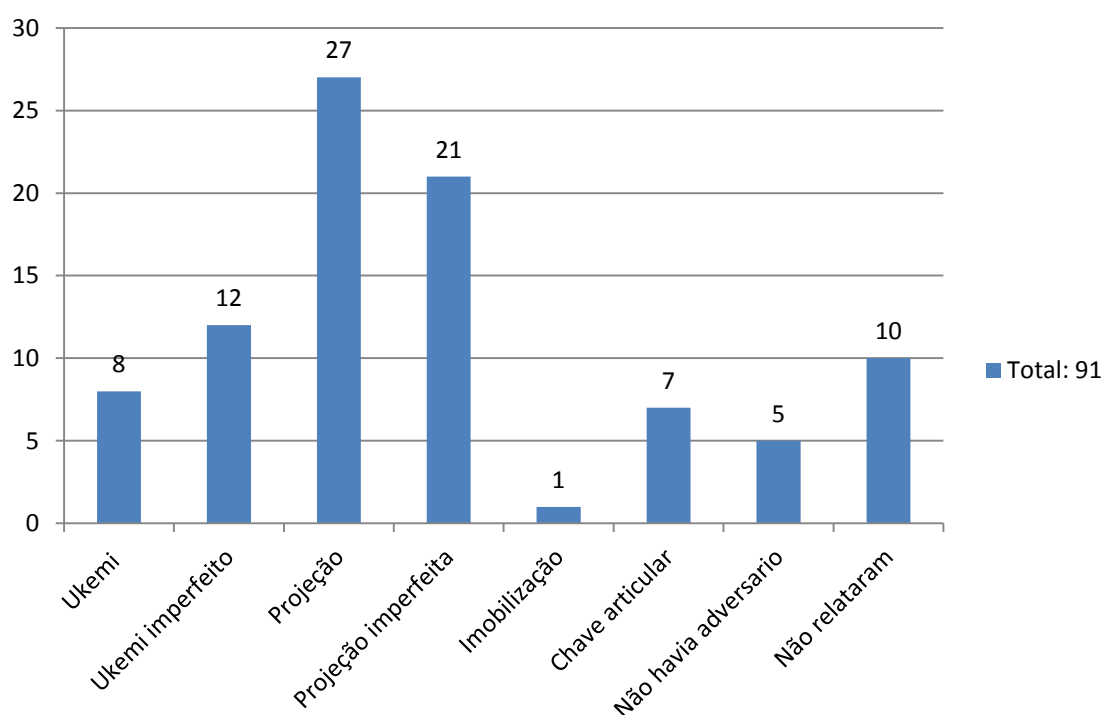
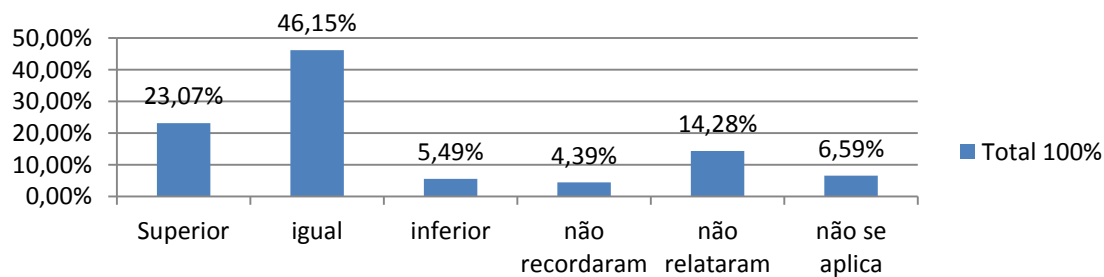
Gráfico - 11 Momento de ocorrência da lesão**Gráfico 12
Atribuição da lesão segundo o atleta****Gráfico 13 - relação da categoria de peso do adversário e o índice de lesões**

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

variável	média	desvio padrão	mínima	máxima
Idade	17,94 anos	+/- 2,78	15 anos	24 anos
Peso	70,80kg	+/- 15,10	44 kg	115 kg
Altura	171,77cm	+/- 7,11	154 cm	187 cm
Tempo de prática	105,56 meses	+/- 47,76	30 meses	192 meses
Frequência semanal	4,56 dias	+/- 1,14	2 dias	7 dias
Número de horas treino	2,12 horas	+/- 0,32	1,5horas	5 horas

Tabelas 2 – Variáveis segundo competidores

variável	média	desvio padrão	mínimo	máximo
Competições ano	11,52	+/- 3,66	7	18
Lutas por competições	4,66	+/- 1,71	3	10

Tabela 3 - Tempo de afastamento da prática esportiva

variável	médio	desvio padrão	mínimo	máximo
Tempo de afastamento	44,17	+/- 63,35	7	365

Tabela 4 – Realização dos diagnósticos

diagnóstico realizado por	número
Médico	66
Professor (<i>sensei</i>)	2
Cursando de fisioterapia	1
Não relataram	12
TOTAL	81

ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA



Forma e preparação de manuscritos

DUPLA SUBMISSÃO: os artigos submetidos à **RBME** serão considerados para publicação somente com a condição de que não tenham sido publicados ou não estejam em processo de avaliação para publicação em outro periódico, seja na sua versão integral ou em parte. A **RBME** não considerará para publicação artigos cujos dados tenham sido disponibilizados na Internet para acesso público. Se houver no artigo submetido algum material em figuras ou tabelas já publicado em outro local, a submissão do artigo deverá ser acompanhada de cópia do material original e da permissão por escrito para reprodução do material.

CONFLITO DE INTERESSE: os autores deverão explicitar qualquer potencial conflito de interesse relacionado ao artigo submetido, conforme determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC 102/ 2000) e do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.595/2000). Esta exigência visa informar os editores, revisores e leitores sobre relações profissionais e/ou financeiras (como patrocínios e participação societária) com agentes financeiros relacionados aos produtos farmacêuticos ou equipamentos envolvidos no trabalho, os quais podem teoricamente influenciar as interpretações e conclusões do mesmo. A existência ou não de conflito de interesse declarado estarão ao final de todos os artigos publicados.

BIOÉTICA DE EXPERIMENTOS COM SERES HUMANOS: a realização de experimentos envolvendo seres humanos deve seguir a resolução específica do Conselho Nacional de Saúde (nº 196/96) disponível (www.conselho.saude.gov.br), incluindo a assinatura de um termo de consentimento informado e a proteção da privacidade dos voluntários.

BIOÉTICA DE EXPERIMENTOS COM ANIMAIS: a realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 6.638, de 08 de maio de 1979; e Decreto nº 24.645 de 10 de julho de 1934).

ENSAIOS CLÍNICOS: A **RBME** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Diários Médicos (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios

estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no texto do artigo.

REVISÃO PELOS PARES (PEER REVIEW): todos os artigos submetidos serão avaliados, por revisores (duplo-cego) com experiência e competência profissional na respectiva área do trabalho e que emitirão parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos Editores para decidir sobre a aceitação do mesmo. Os critérios de avaliação dos artigos incluem: originalidade, contribuição para corpo de conhecimento da área, adequação metodológica, clareza e atualidade. Considerando o crescente número de submissões à **RBME**, artigos serão também avaliados quanto à sua relevância no que tange à contribuição para o conhecimento específico na área. Assim, artigos com adequação metodológica e resultados condizentes poderão não ser aceitos para publicação quando julgados como de baixa relevância pelos Editores. Tal decisão de recusa não estará sujeita a recurso ou contestação por parte dos autores. Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais para facilitar sua clareza e entendimento sem alterar seu conteúdo.

CORREÇÃO DE PROVAS GRÁFICAS: logo que prontas, as provas gráficas em formato eletrônico serão enviadas, por e-mail, para o autor responsável pelo artigo. Os autores deverão devolver, também por e-mail, a prova gráfica com as devidas correções em, no máximo, 48 horas após o seu recebimento.

DIREITOS AUTORAIS: todas as declarações publicadas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores. Entretanto, todo material publicado torna-se propriedade da Editora, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado na **RBME** poderá ser reproduzido sem a permissão por escrito da Editora. Todos os autores de artigos submetidos à **RBME** deverão assinar um Termo de Transferência de Direitos Autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO: o artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, fonte Arial 12, tamanho A4, sem numerar linhas ou parágrafos, e numerando as páginas no canto superior direito. Figuras e tabelas devem ser apresentados no final do artigo em páginas separadas. No corpo do texto, deve-se informar os locais para inserção das tabelas ou figuras. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos. Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções aos autores, em relação ao estilo e formato serão devolvidos sem revisão pelo Conselho Editorial.

FORMATO DOS ARQUIVOS: para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente. Não enviar arquivos em formato PDF. As tabelas e quadros deverão estar em seus arquivos originais (Excel, Access, Powerpoint, etc.) As figuras deverão estar nos formatos *jpg* ou *tif* em alta resolução com 300 *DPIs*. Deverão estar incluídas no arquivo *Word*, mas também devem ser enviadas separadamente (anexadas durante a submissão do artigo como documento suplementar em seus arquivos originais).

- **Página de rosto:** deve conter (1) categoria do artigo; (2) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo em português e inglês com até 80 caracteres; (3) nomes completos dos autores; instituição; formação acadêmica de origem (a mais relevante); cidade, estado e país; (4) nome do autor correspondente, com endereço completo, telefone e e-mail. A titulação dos autores não deve ser incluída.
- **Resumo:** deve conter (1) o resumo em português e em inglês, com não

mais do que 300 palavras, estruturado somente nos artigos originais de forma a conter introdução objetivo, métodos, resultados e conclusão.

- **Palavras-chave:** deve conter três a cinco palavras-chave que não constem no título do artigo. Usar obrigatoriamente em português termos baseados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (www.decs.bireme.br), e em inglês apresentar *keywords* baseados no *Medical Subject Heading (MeSH)*, do *Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).
- **Introdução:** deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa; (2) objetivo do artigo.
- **Materiais e Métodos:** deve descrever o experimento (quantidade e qualidade) e os procedimentos em detalhes suficientes que permitam a outros pesquisadores reproduzirem os resultados ou darem continuidade ao estudo. Deve conter: (1) descrição clara da amostra utilizada; (2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos; (3) identificação dos métodos, aparelhos (fabricantes e endereço entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores; (4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos; (5) descrição de métodos novos ou modificados; (6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados.
- **Resultados:** deve conter (1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e figuras; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou figuras e no texto; (2) enfatizar somente observações importantes.
- **Discussão:** deve conter (1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados; (2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos.
- **Conclusões:** especificar apenas as conclusões que podem ser sustentadas, junto com a significância clínica (evitando excessiva generalização). Tirar conclusões baseadas nos objetivos e hipóteses do estudo. A mesma ênfase deve ser dada a estudos com resultados negativos ou positivos. Recomendações podem ser incluídas, quando relevantes.
- **Agradecimentos:** deve conter (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria; (2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral; (3) os autores são responsáveis em obter permissão, por escrito, de todos os que receberam agradecimentos nominais, uma vez que os leitores podem inferir que estas pessoas endossem os dados e conclusões.
- **Referências:** devem ser numeradas na sequência em que aparecem no texto, em formato sobrescrito. As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com uma sequência estabelecida pela primeira menção da tabela ou da figura no texto. O estilo das referências bibliográficas deve seguir as regras do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (International Committee of Medical Journal Editors - Ann Intern Med. 1997;126(1):36-47. <http://www.icmje.org>)*. Alguns exemplos mais comuns são mostrados abaixo. Para os casos não mostrados aqui, consultar a referência acima. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *Index Medicus (List of Journals Indexed: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>)*. Se o periódico não constar dessa lista, deve-se utilizar a abreviatura sugerida pelo próprio periódico. Deve-se evitar utilizar “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências. Um resumo apresentado deve ser

utilizado somente se for a única fonte de informação.

TABELAS: as tabelas devem ser elaboradas em espaço 1,5, devendo ser planejadas para ter como largura uma (8,7cm) ou duas colunas (18 cm). Cada tabela deve possuir um título sucinto; itens explicativos devem estar ao pé da tabela. A tabela deve conter médias e medidas de dispersão (DP, EPM, etc.), não devendo conter casas decimais irrelevantes. As abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no texto e nas figuras. Os códigos de identificação de itens da tabela devem estar listados na ordem de surgimento no sentido horizontal e devem ser identificados pelos símbolos padrão.

FIGURAS: serão aceitas figuras em preto-e-branco. Imagens coloridas poderão ser publicadas quando forem essenciais para o conteúdo científico do artigo. Nestes casos, o custo serão arcados pelos autores. Para detalhes sobre figuras coloridas, solicitamos contatar diretamente a Atha Editora (atharbme@uol.com.br). Figuras coloridas poderão ser incluídas na versão eletrônica do artigo sem custo adicional para os autores. Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possível. Não utilizar tons de cinza. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais. A **RBME** desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais. As figuras devem ser impressas com bom contraste e largura de uma coluna (8,7cm) no total. Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente.

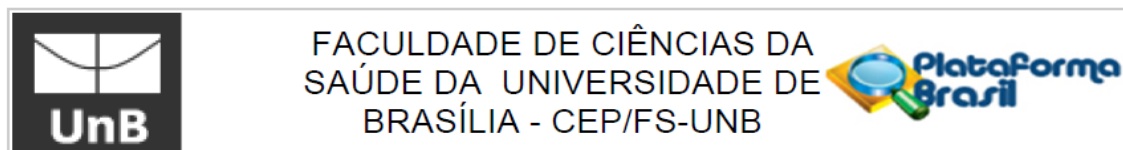
TIPOS DE ARTIGOS

ARTIGO ORIGINAL: a **RBME** aceita todo tipo de pesquisa original nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental. Deve ser estruturado com os seguintes itens: Resumo estruturado; Introdução; Materiais e Métodos; Resultados; Discussão e Conclusões.

ARTIGOS DE REVISÃO: os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Que expresse a experiência publicada do (a) autor (a) e não reflita, apenas, uma revisão da literatura. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares.

REVISÃO SISTEMÁTICA/ATUALIZAÇÃO/META-ANÁLISE: a **RBME** encoraja os autores a submeterem artigos de revisão sistemática da literatura nas áreas de Medicina e Ciências do Exercício e do Esporte. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido, o procedimento de busca, os critérios para inclusão dos artigos e o tratamento estatístico utilizado. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlação entre a função muscular de membros inferiores e prevalência de lesões em praticantes de artes marciais e de balé no Distrito Federal.

Pesquisador: Osmair Gomes de Macedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36347814.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 845.060

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de iniciação científica e de conclusão de curso. A Prevalência de lesões em praticantes de artes marciais e de balé no Distrito Federal: Apesar de proporcionar inúmeros benefícios para a saúde e de melhorar a qualidade de vida, a prática da atividade física pode deixar as pessoas vulneráveis a lesões do aparelho locomotor devido a necessidade de ser repetir um determinado gesto esportivo em busca da perfeição. Nas artes marciais, como é o caso do taekwondo, do muay-thai, do judô e da capoeira, além do esforço repetitivo e constante, o contato físico também pode levar os praticantes a sofrerem lesões traumáticas, principalmente pelos golpes aplicados ou recebidos no combate com o oponente. No caso do balé, além do esforço repetitivo e constante, o impacto sofrido pelas articulações devido aos saltos também pode levar os praticantes a sofrerem lesões traumáticas. O conhecimento da prevalência de lesões em uma modalidade esportiva é fundamental para se planejar estratégias de prevenção.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar por meio de pesquisa de campo a prevalência de lesões osteomiararticulares em praticantes de taekwondo, muay-thai, capoeira, judô e balé do Distrito Federal; verificar se há correlação das lesões com o sexo, a idade, o tempo de prática da modalidade e a frequência dos treinamentos/competições; verificar ainda se houve diagnóstico clínico bem como se houve

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 845.060

tratamento fisioterapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na avaliação da força muscular pode haver um pequeno desconforto (dor) muscular que será diminuído com exercícios de aquecimento e de alongamento, além de período de descanso entre as medidas.

Benefícios:

Os resultados dessa pesquisa auxiliarão os profissionais da saúde a estabelecerem estratégias para prevenir lesões. Assim, tanto os profissionais da saúde, quanto os praticantes de artes marciais e de balé poderão se beneficiar com os resultados desse estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante e pertinente. Todos os documentos foram anexados cumprem os requisitos da Resolução CNS 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas a folha de rosto devidamente assinada pela diretora da Faculdade de Ceilândia, A carta de apresentação da pesquisa, o termo de compromisso e responsabilidade do pesquisador, O TCLE está redigido na forma de convite e nele são contemplados os itens exigidos pela Res. CNS 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em acordo com a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 845.060

BRASILIA, 27 de Outubro de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO DE PREVALÊNCIA DE LESÕES

Questionário.

Dados Pessoais.		
Nome: _____		Sexo ()M ()F
Data de Nascimento: __/__/__	Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm
Membro dominante: ()Direito ()Esquerdo ()Ambos		
Telefone: _____	Endereço: _____	Cidade: _____
Academia: _____		

Perfil do atleta e do treinamento:

1. A) Há quanto tempo pratica a Judo? **Resposta:** _____ anos _____ meses.

B) É competidor? () Não () Sim. Media de competições que participa no ano: _____

C) Média de lutas por competição: _____ Categoria de peso: _____

D) Categoria: () Amador () Profissional

**Considera-se profissional o vínculo com clubes, ou recepção de bolsa atleta.*

2. graduação atual : _____

3. Atualmente pratica algum outro esporte?

() Não () Sim. Qual? _____ Quantas vezes na semana: _____

4. O seu treino é preparado por quem? (Pode haver mais de uma opção)

() Professor de educação física.

() Fisioterapeuta

() Você próprio prepara o seu treino

() Outro atleta prepara o seu treino

() Faixa preta diplomado pela Confederação Brasileira

() Professor graduado que não é faixa preta.

5. O seu treino é acompanhado pelo treinador? () Todo o treino () Parte do treino () Não acompanha

6. Quantos dias por semana você treina judo? **Resposta:** _____ dias.

7. Quantas horas por dia você treina judo? **Respostas** _____ horas.

8. Você é acompanhado por algum profissional da saúde?

() não () Sim. Qual: _____ frequência _____

9. Realiza aquecimento antes do treino/ competição? () Não () Sim. Qual tipo de atividade?(**marcar mais de uma opção caso haja**)

() corrida () corrida ()alongamentos ()exercícios articulares ()Entrada de golpes

() Outros; quais? _____

10. Realiza algum tipo de atividade para prevenção de lesões?

() Não () Sim. Qual? _____

Lesões na pratica esportiva.

11. Possui alguma alteração músculo esquelética?() Não () Sim. Qual? _____

12. Nos últimos anos você sofreu alguma lesão durante o treino ou competição, que foi capaz de alterar seu treinamento em frequência, forma, intensidade ou duração por um período **maior ou igual a uma semana?**

() Não () Sim

13. Ainda relacionado a lesões que foram capazes de alterar seu treinamento em frequência, forma, intensidade ou duração por um período **maior ou igual a uma semana:** Marque o **NUMERO** de vezes que você já sofreu lesão(ões) na(s) localização a seguir:

()Cabeça	() Pescoço	() Tórax	() Abdome	() Lombar
()Bacia	()Ombro	() Ombro	() Braço	()Cotovelo
() Antebraço	()Punho	() Mãos e dedos	() Coxa	() Joelho
() Perna	() tornozelo	() Pé	() Outro:	_____

14. Para cada lesão que você marcou acima, responda uma questão a seguir:

LESÃO 1

a) Local do corpo lesionado: _____. Ocorreu durante: () treino () competição

b) Tempo sem treinar _____ dias.

- c) Deixou de participar de alguma competição? () Não () Sim
- d) Diagnostico para a lesão:
- () Contusão () Corte () Entorse () Tendinite
- () Lesão muscular () Luxação () Dor lombar () Fratura
- () Não houve diagnostico () Outro; Qual ? _____
- e) O diagnóstico foi realizado por médico? () sim () Não. Se não quem realizou o diagnostico?

- f) Método utilizado para o tratamento:
- () repouso () medicação () imobilização () fisioterapia () cirurgia
- () outro _____
- g) Apresentou algum sintoma após retornar a prática deste esporte? () Sim () Não
- h) No momento da lesão sua posição era de: () Tori () Uke () Durante o aquecimento
- i) A lesão foi durante uma: () Ukemi () Ukemi imperfeito () Projeção
- () Projeção imperfeita () Imobilização () Estrangulamento () Chave articular
- j) O adversário era de categoria de peso: () Superior () Igual () Inferior () Não recordo

LESÃO 2

- a) Local do corpo lesionado: _____. Ocorreu durante: () treino () competição
- b) Tempo sem treinar _____ dias.
- c) Deixou de participar de alguma competição? () Não () Sim
- d) Diagnostico para a lesão:
- () Contusão () Corte () Entorse () Tendinite
- () Lesão muscular () Luxação () Dor lombar () Fratura
- () Não houve diagnostico () Outro; Qual ? _____
- e) O diagnóstico foi realizado por médico?
- () sim () Não. Se não quem realizou o diagnostico? _____

f) Método utilizado para o tratamento:

() repouso () medicação () imobilização () fisioterapia () cirurgia

() outro _____

g) Apresentou algum sintoma após retornar a prática deste esporte? () Sim () Não

h) No momento da lesão sua posição era de: () Tori () Uke () Durante o aquecimento

i) A lesão foi durante uma: () Ukemi () Ukemi imperfeito () Projeção
() Projeção imperfeita () Imobilização () Estrangulamento () Chave articular

j) O adversário era de categoria de peso: () Superior () Igual () Inferior () Não recordo

LESÃO 3

a) Local do corpo lesionado: _____ Ocorreu durante: () treino () competição

b) Tempo sem treinar _____ dias.

c) Deixou de participar de alguma competição? () Não () Sim

d) Diagnostico para a lesão:

() Contusão () Corte () Entorse () Tendinite

() Lesão muscular () Luxação () Dor lombar () Fratura

() Não houve diagnostico () Outro; Qual ? _____

e) O diagnóstico foi realizado por médico?

() sim () Não. Se não quem realizou o diagnostico? _____

f) Método utilizado para o tratamento:

() repouso () medicação () imobilização () fisioterapia () cirurgia

() outro _____

g) Apresentou algum sintoma após retornar a prática deste esporte? () Sim () Não

h) No momento da lesão sua posição era de: () Tori () Uke () Durante o aquecimento

i) A lesão foi durante uma: () Ukemi () Ukemi imperfeito () Projeção
() Projeção imperfeita () Imobilização () Estrangulamento () Chave articular

j) O adversário era de categoria de peso: () Superior () Igual () Inferior () Não recordo

LESÃO 4

- a) Local do corpo lesionado: _____ Ocorreu durante: () treino () competição
- b) Tempo sem treinar _____ dias.
- c) Deixou de participar de alguma competição? () Não () Sim
- d) Diagnostico para a lesão:
- () Contusão () Corte () Entorse () Tendinite
- () Lesão muscular () Luxação () Dor lombar () Fratura
- () Não houve diagnostico () Outro; Qual ? _____

e) O diagnóstico foi realizado por médico?

() sim () Não. Se não quem realizou o diagnóstico? _____

f) Método utilizado para o tratamento:

() repouso () medicação () imobilização () fisioterapia () cirurgia

() outro _____

g) Apresentou algum sintoma após retornar a prática deste esporte? () Sim () Não

h) No momento da lesão sua posição era de: () Tori () Uke () Durante o aquecimento

i) A lesão foi durante uma: () Ukemi () Ukemi imperfeito () Projeção

() Projeção imperfeita () Imobilização () Estrangulamento () Chave articular

j) O adversário era de categoria de peso: () Superior () Igual () Inferior () Não recordo

Obrigado pela participação